

Ευγενία Μαυράκη¹, Αικατερίνη Στεργίου¹, Θεώνη Καραμαντζιάνη¹, Βαρβάρα Κούρτη¹, Αθηνά Φρέγγογλου¹, Πολυζώης Βελέντζας¹, Αθανάσιος Καδίτης², Κοσμάς Κοτσώνης¹
1 Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία», Αθήνα
2 Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

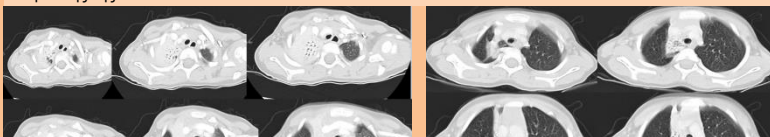
Η εισρόφηση ξένου σώματος (ΕΞΣ) αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας στον παιδιατρικό πληθυσμό. Αποτελεί την 4^η αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας <3ετών και την 3^η σε παιδιά <1 έτους[1].

Παράγοντες κινδύνου φαίνεται να αποτελούν η ανεπαρκής επιτήρηση από τους ενήλικες, η τάση για εξερεύνηση του περιβάλλοντος μέσω του στόματός, η πρόσβαση σε μικρά αντικείμενα, η αδυναμία μασήματος των τροφίμων, η ανεπαρκώς ανεπτυγμένη οπίσθια οδοντοστοιχία και οι ανώριμοι νευρομυϊκοί μηχανισμοί προστασίας των αεραγωγών.[2]

Το 80% των περιστατικών αφορούν απόφραξη του βρογχικού δέντρου με συχνότερη εντόπιση τον δεξιό στελεχιαίο βρόγχο. Η πλειονότητα των περιπτώσεων αφορά εισρόφηση οργανικού ξένου σώματος (ξηροί καρποί, φυτά, τροφές) και λιγότερο συχνά μη οργανικά αντικείμενα. [3]

Συχνά η διάγνωση της ΕΞΣ είναι δύσκολη λόγω του αρνητικού ιστορικού πνιγμονής και οι ασθενείς θεραπεύονται εσφαλμένα για λοίμωξη ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού , λαρυγγίτιδα ή άσθμα.[4-5] Έτσι οδηγούνται σε καθυστερημένη διάγνωση ΕΞΣ, η οποία ιδιαίτερα σε περιπτώσεις οργανικής πρόελευσης, σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα λόγω επιπλοκών όπως βρογχεκτασίες.

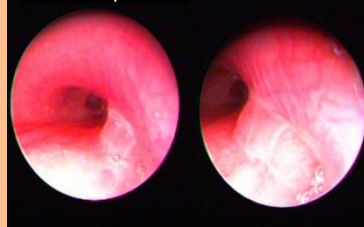
Συχνά η διάγνωση της ΕΞΣ είναι δύσκολη λόγω του αρνητικού ιστορικού πνιγμονής και οι ασθενείς θεραπεύονται εσφαλμένα για λοίμωξη ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού , λαρυγγίτιδα ή άσθμα.[4-5] Έτσι οδηγούνται σε καθυστερημένη διάγνωση ΕΞΣ, η οποία ιδιαίτερα σε περιπτώσεις οργανικής πρόελευσης, σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα λόγω επιπλοκών όπως βρογχεκτασίες.



1^η CT θώρακος (αριστερά), CT θώρακος μετά από 20 ημέρη ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή (δεξιά)



Ενδοσκοπική εικόνα



ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Αγόρι, ηλικίας 2,5 ετών, παραπέμπεται για διενέργεια βρογχοσκόπησης από άλλο παιδιατρικό νοσοκομείο όπου νοσηλεύτηκε για 2 επεισόδια πνευμονίας δεξιού άνω λοβού (ΔΑΛ) από 40 ημέρες και εμμένουσα ατελεκτασία και βρογχεκτασίες ΔΑΛ παρά την θεραπεία με κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή.

Οικογενειακό ιστορικό (μονογονεϊκή οικογένεια) και ατομικό ιστορικό ελεύθερο.

Από τη φυσική εξέταση ο ασθενής ήταν σταθερός αιμοδυναμικά, χωρίς παθολογικά ευρήματα και με σωματομετρική ανάπτυξη στην 85^η ΕΘ για το βάρος και το ύψος.

Πραγματοποιήθηκε βρογχοσκόπηση (με άκαμπτο και εύκαμπτο βρογχοσκόπιο) η οποία ανέδειξε λευκωπό ιστό που αποφράσσει πλήρως την είσοδο του ΔΑΛ και δεν κατέστη δυνατή η αφαίρεσή του καθώς και η λήψη βιοψίας λόγω αιμορραγίας στην προσπάθεια αναρρόφησης.

Η ενδοσκοπική εικόνα και το αρνητικό ιστορικό πνιγμονής σχεδόν απέκλειαν εκείνη την στιγμή την εισρόφηση ξένου σώματος, η οποία αποτελεί ένα από τα πιο συχνά αίτια απόφραξης των αεραγωγών σε αυτή την ηλικία. Ακολούθησε εκτενής εργαστηριακός έλεγχος ο οποίος απέκλειε άλλες πιθανές διαγνώσεις όπως φυματίωση, καρκινοειδές, ανοσοανεπάρκεια.

Έπειτα από 20ημέρες ενδοφλέβιας διπλής αντιβιοτικής αγωγής (κεφατριξίμ – κλινδαμυκίνη) παρατηρήθηκε μερική βελτίωση στην ακτινογραφία θώρακος οπότε πραγματοποιήθηκε επαναληπτική αξονική τομογραφία θώρακος που ανέδειξε βελτίωση με περιορισμό των πυκνοατελεκτασικών περιοχών και παραμονή λίγων βρογχεκτασιών. Επιπλέον, διενεργήθηκε 2^η βρογχοσκόπηση (1 μήνα μετά την πρώτη) με ίδια ουσιαστικά αποτελέσματα.

Λόγω της σπανιότητας των ευρημάτων σε σχέση με την ηλικία του ασθενούς , την αδυναμία περαιτέρω διαγνωστικής (λήψη βιοψίας) και θεραπευτικής αντιμετώπισης προγραμματίστηκε παραπομπή σε εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού, η οποία λόγω δυσχερών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της οικογένειας πραγματοποιήθηκε 6 μήνες μετά την έναρξη της νόσου. Στο μεσοδιάστημα ο ασθενής ελάμβανε αντιβιοτική αγωγή από του στόματος λόγω της εμμένουσας απόφραξης του ΔΑΛ και παρακολούθηταν ανά 10-15 ημέρες από την κλινική μας χωρίς να παρουσιάσει οξεία συμπτωματολογία από το αναπνευστικό και χωρίς αξιολογήσιμα ακροαστικά ευρήματα από την εξέταση των πνευμόνων. Επιπλέον, οι ακτινογραφίες θώρακα παρουσίαζαν περαιτέρω βελτίωση του αερισμού του ΔΑΛ.

Κατά τη μεταφορά του ασθενούς στο εξειδικευμένο κέντρο του εξωτερικού διενεργήθηκε νέα βρογχοσκόπηση και αφαίρεση του εν λόγω μορφώματος και λόγω της μακροσκοπικής του εικόνας (εκμαγείο βρόγχου) ετέθη στη διαφοδιάγνωση η πλαστική βρογχίτιδα. Εν τέλει, το πόρισμα της βιοψίας αποκάλυψε εισρόφηση ξένου σώματος φυτικής πρόελευσης.

Ακολούθησε επαναληπτική βρογχοσκόπηση 5 μήνες μετά την αφαίρεση του ξένου σώματος η οποία ανέδειξε βατά βρογχοπνευμονικά στόμια του ΔΑΛ και ελάχιστο κοκκωματοώδη ιστό στην 6^η ώρα του ΔΑΛ.

Το νήπιο είναι ασυμπτωματικό χωρίς ακροαστικά ευρήματα, με φυσιολογικό εργαστηριακό έλεγχο και φυσιολογική ακτινογραφία θώρακα. Θα παρακολουθείται για πιθανή εμφάνιση οξείας συμπτωματολογίας από το αναπνευστικό για το επόμενο χρονικό διάστημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ΕΞΣ είναι επικίνδυνη και κάποιες φορές απειλητική για την ζωή κατάσταση και χρήζει άμεσης και αποτελεσματικής αντιμετώπισης. Η καθυστερημένη διάγνωση αυξάνει τον κίνδυνο των επιπλοκών και δυσχεραίνει τις συνθήκες αφαίρεσής του ξένου σώματος. Επίσης, κάποιες φορές η ΕΞΣ μιμείται άλλες νοσολογικές οντότητες, όπως και στην δική μας περίπτωση που προβάλλει σαν ενδοβρογχική μάζα (όγκος, πλαστική βρογχίτιδα) οδηγώντας σε διαγνωστικό πρόβλημα.

Ο γενικός παιδίατρος καλείται να συμβάλλει στην έγκαιρη διάγνωση της ΕΞΣ σε βρέφη και παιδιά με ύποπτο ιστορικό, σημειολογία ή ακτινολογική εικόνα αλλά και να ασκεί συμβουλευτική για την πρόληψη ατυχημάτων ΕΞΣ.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shorrock, Ear, Nose & Throat Journal 2020, Vol. 99(1) 47–51
2. Paediatric inhaled airway foreign bodies. The Royal Australian College of General Practitioners 2019
3. Chuan-Shan Zanglnt J Clin Exp Pathol 2017;10(1):97-104
4. Torres de Amorim .Radiology 2008;248:1080-2
5. Wang Gang. Journal of Pediatric Surgery (2012) 47, 2004–2010
6. B. Altunta Turkish Journal of Medical Sciences, vol. 46, no. 3, pp. 795–800, 2016. s
7. M. Sirmali Acta Chirurgica Belgica, vol. 105, no. 6, pp. 631–634, 2005
8. F. Karakoc " International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, vol. 71, no. 2, pp. 241–246, 2007